

УДК 618.5-089.888.61+616.718/.72:615.811.1

Анализ результатов симультанного проведения кесарева сечения и сочетанной традиционной и эндоскопической флебэктомии у рожениц с варикозной болезнью нижних конечностей

В.Л. Манвелян

*НИИ «Сурб Нерсес Мец»
0014, Ереван, ул. Гр. Нерсисяна, 19*

Ключевые слова: кесарево сечение, флебэктомия, абдоминальное родоразрешение, варикозная болезнь, роженицы

Основной задачей акушерства является снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности. Большая роль в решении этой задачи отводится своевременному и правильному выбору метода родоразрешения. На протяжении более двух десятков лет отмечается четкая тенденция к значительному расширению показаний к абдоминальному родоразрешению [1, 3–5, 7, 11].

В настоящее время путем кесарева сечения рожден каждый четвертый ребенок в США, каждый пятый в Англии и Канаде, каждый третий в Латинской Америке [2, 5, 11]. Прирост числа операций в нашей стране составляет в среднем 1% в год. Так, в 1995 г. число операций составляло 10,1%, в 2003 г. – 15,9% [8].

Варикозная болезнь является одним из чрезвычайно актуальных аспектов современной хирургии, в частности в акушерстве, что обусловлено распространенностью заболевания, возможным риском развития грозных осложнений, к которым относятся кровотечение, тромбофлебиты с риском развития последующей тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) и тромбоэмболии в сердце и трофические расстройства, а также появлением временной или стойкой утраты трудоспособности. Согласно эпидемиологическим исследованиям [10] в ряде стран распространенность варикозной болезни у женщин достигает 60%. Ежегодный прирост новых случаев варикозной болезни нижних конечностей в популяции жителей индустриально развитых стран достигает 2,6% среди женщин [9,10,13].

Материал и методы

В основу нашего исследования легли наблюдения над 6 беременными женщинами, которые были направлены на абдоминальное родоразрешение в плановом порядке. Показаниями к абдоминальному родоразрешению служили таковые со стороны матери (табл. 1). Всем 6 родильницам наряду со всеми необходимыми клинико-лабораторными и предоперационными исследованиями было произведено дуплексное сканирование вен нижних конечностей. У всех родильниц была выявлена варикозная болезнь нижних конечностей на 3 стадии по классификации СЕАР. Средний возраст пациентов составлял 28.5 ± 8.6 лет.

Таблица 1

Патология	Пациентки n (%)
Анатомически узкий таз	2 (33.33)
Ягодичное предлежание	1 (16.67)
Миопия высокой степени	1 (16.67)
Возраст первобеременной	2 (33.33)
Итого	6

Всем беременным женщинам наряду с кесаревым сечением была выполнена сочетанная традиционная и эндоскопическая трансиллюминационная флебэктомия (ЭТФ) на сроках 38-39 недель беременности, из коих 2 (33.33 %) родильницам была выполнена односторонняя сочетанная традиционная флебэктомия и ЭТФ, 4 родильницам (66.67 %) – двусторонняя сочетанная традиционная флебэктомия и ЭТФ (табл. 2).

Таблица 2

Оперативное вмешательство	Односторонняя сочетанная традиционная и ЭТФ	Двусторонняя сочетанная традиционная и ЭТФ
	n (%)	n (%)
Кесарево сечение	2(33.33)	4(66.67)

Симультанное проведение кесарева сечения и сочетанной традиционной и эндоскопической флебэктомии состояло из 2 этапов:

- 1) кроссэктомия (односторонняя или двусторонняя);
- 2) одномоментное проведение кесарева сечения и сочетанной традиционной и эндоскопической трансиллюминационной флебэктомии.

У всех исследуемых пациенток операции производились под регионарным обезболиванием.

Результаты и обсуждение

В исследовании были проанализированы данные общей кровопотери, длительности, метода обезболивания и активации пациенток вследствие произведенных симультанных операций (табл. 3)

Таблица 3

Оперативное вмешательство	Общая кровопотеря (мл)	Средняя продолжительность (мин)	Метод обезболивания	Активация пациенток через
Кесарево сечение и односторонняя сочетанная традиционная и ЭТФ	770	80	спинномозговое	8-10 ч
Кесарево сечение и двусторонняя сочетанная традиционная и ЭТФ	820	147.5 ± 9.5	спинномозговое	8-10 ч

Симультанно произведенные акушерские и флебологические операции не привели к ухудшению или наличию осложнений в послеоперационном периоде у всех исследуемых родильниц. Послеоперационный период протекал гладко, раны заживали первичным натяжением. Симптомы раздражения брюшины не наблюдалось. Кишечник функционировал через 24-48 часов самостоятельно. Гипертермия отсутствовала. Выделения из половых путей были в пределах нормы. Нахождение больных в стационаре составило 3-4 дня. Исчезли или значительно уменьшились объективные и субъективные признаки декомпенсации венозного оттока при физических нагрузках, восстановлена трудоспособность. Больные практически не предъявляли каких-либо жалоб, удовлетворены послеоперационным эстетическим результатом.

Несмотря на успехи современной медицины, венозные тромбозмбологические осложнения (тромбоз глубоких вен, проксимальный тромбофлебит подкожных вен, ТЭЛА) по сей день остаются основной неакушерской причиной материнской смертности в развитых странах. Однако, согласно

литературным данным, по крайней мере половина летальных случаев от ТЭЛА могли бы быть предотвращены в случае адекватной профилактики [16]. Также доказано, что проведение профилактики венозного тромбоза (ВТЭ) экономически выгоднее («cost effective»), чем ее отсутствие либо попытки ранней диагностики в отсутствие клинической симптоматики. Помимо этого ВТЭ в отдаленные сроки является важным фактором инвалидизации пациентов в результате развития посттромботических осложнений [6,12, 14,15, 17].

По нашему мнению, в современном акушерстве как диагностика варикозной болезни у беременных, так и выработка современных алгоритмов профилактики и лечения осложнений варикозной болезни являются весьма актуальными.

Также считаем обязательным применение малоинвазивных методик и важность проведения операций под спинномозговым обезболиванием, поскольку применение регионарного обезболивания – более контролируемый и безопасный вид анестезии и позволяет рано активизировать пациента в послеоперационном периоде [6].

Особо хотелось бы подчеркнуть роль низкомолекулярного гепарина в комплексе мероприятий у вовлеченных в наше исследование пациенток как метод профилактики возможного венозного тромбоза и ТЭЛА.

Таким образом, сочетанная традиционная и эндоскопическая трансиллюминационная флебэктомия представляет собой малоинвазивное флебохирургическое вмешательство, уместное при абдоминальном родоразрешении у рожениц с сопутствующей варикозной болезнью, с положительными ближайшими и отдаленными результатами и представляет собой полноценную хирургическую тактику лечения и профилактики осложнений варикозной болезни у родильниц с соответствующей патологией.

Поступила 18.05.11

**Սիմուլտան կատարված կեսարյան հատման եւ համակցված
տրադիցիոն եւ էնդոսկոպիկ ֆլեբէկտոմիայի արդյունքների
վերլուծությունը ստորին վերջույթների վարիկոզ
հիվանդությամբ ծննդկանների մոտ
Վ.Լ.Մանվելյան**

Հետազոտման եւ վիրահատական ծննդալուծման ու բուժման եւ ենթարկվել 6 հղի կին: Բոլորի մոտ ախտորոշվել է ստորին վերջույթների վարիկոզ հիվանդություն (CEAP - 3) եւ կատարվել է սիմուլտան կեսարյան հատում և համակցված տրադիցիոն ու էնդոսկոպիկ ֆլեբէկտոմիա: Տվյալ վիրահատական բուժումը իրենից ներկայացնում է վարիկոզ հիվանդության բարդությունների լիարժեք վիրաբուժական

բուժման տակտիկա եւ պրոֆիլակտիկա եւ հնարավորություն է տալիս իջեցնել եւ կանխել հնարավոր երակային բարդությունների զարգացման ցուցանիշը:

Analysis of results of simultaneously conducted Cesarean section and combined traditional and endoscopic phlebectomy among women with varicose disease of lower limbs

V.L.Manvelyan

6 pregnant women were observed and subjected to Cesarean delivery and treatment. Varicose disease of lower limbs (CEAP - 3) was diagnosed in all cases, and simultaneous Cesarean section and combined traditional and endoscopic phlebectomy were done. This surgical tactics is an adequate surgical treatment and prophylaxis of varicose disease complications among women with the corresponding pathology, which gives an opportunity to prevent and decrease the probability of venous complications.

Литература

1. *Абрамченко В.В., Ланцев Е.А., Шахмалова И.А.* Кесарево сечение в перинатальной медицине. СПб., 2005.
2. *Брайан Дж. Поллард.* Руководство по анестезии. М., 2006.
3. *Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Гаспарян Н.Д.* Журн. акуш. и жен. болезней, 2003, т. LII, 1, с. 20-25.
4. *Кулаков В.И., Шмаков Г.С.* Миомэктомия и беременность. М., 2001.
5. *Макаров О.В., Доброхотова Ю.Э., Чернышенко Т.А.* Опыт применения препарата золадекс в лечении больных миомой матки. Гинекология, РГМУ, М., 2000, 1, с. 26-28.
6. *Савельев В.С. и др.* Флебология. М., 2001.
7. *Самойлова Т.Е.* Миома матки. Обоснование неоперативного лечения (обзор литературы). Проблемы репродукции, М., 2003, т. 9, 4, с. 32-36.
8. *Чернуха Е.А.* Акушерство и гинекология, М., 2005, т. 5, с. 8-11.
9. *Callejas J.M., Manasanch J.* ETIC Group. Epidemiology of chronic venous insufficiency of the lower limbs in the primary care setting. Int. Angiol., June 2004, 23, 2, p.154-63.
10. *Fowkes F.G., Lee A.J., Evans C.J.* Lifestyle risk factors for lower limb venous reflux in the general population : Edinburgh Vein Study. Int. J. Epidemiol., 2001, 30, p.36-852.
11. *Goldhaber S.Z. et al.* Circulation, 1997; Vol. 96: (Suppl. 1-159 abstract).
12. *Griffin J.* Deep vein thrombosis and pulmonary embolism. Office of Health Economics. London, UK, 1996.
13. *Nelzen O.* Prevalency of venous leg ulcer: the importance of the data collection method. Phlebolympology, 2007, 61, 34, p.605-612.
14. Prevention and Treatment of Venous Thromboembolism (VTE) in Obstetrics – SOGC clinical practice guidelines. SOGC Journal, 2000; Sep. 95.
15. *Riedel M.* Acute pulmonary embolism 1: pathophysiology, clinical presentation and diagnosis. Heart, 2001; 85: 229-240.
16. *Robertson L., Evans C. and Fowkes F.G.R.* Epidemiology of chronic venous disease. Phlebology, 2008, 23, p.103-111.

17. *Samama C.M. et al.* Venous thromboembolism prevention in surgery and obstetrics:clinical practice guidelines. Eur. J. Anaesthesiol., 2006 Feb;23(2):95-116.